AVALIAÇÃO DE HÁBITOS ALIMENTARES E ESTILOS DE VIDA NUMA POPULAÇÃO PORTUGUESA – FACTORES DE RISCO E DE PROTECÇÃO PARA A OSTEOPOROSE

Helena Canhão,
João Eurico Fonseca,
Mário Viana Queiroz

Unidade de Investigação em Reumatologia,
Instituto de Medicina Molecular.
Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas,
Hospital de Santa Maria.

RESUMO

Introdução: São conhecidos vários factores que influenciam o risco de osteoporose (OP). Alguns, como a ingestão láctea, o consumo de café, de álcool e de tabaco e a actividade física são modificáveis e, o seu controlo, pode nalguns casos, contribuir para a prevenção da OP.
Objectivos: Identificar e caracterizar potenciais factores modificáveis de risco ou de protecção de osteoporose, em indivíduos portugueses saudáveis e avaliar associações com a idade e o sexo dos indivíduos. Avaliar os conhecimentos sobre osteoporose na população estudada e verificar se estes variavam com a idade e o sexo.
Métodos: Estudo transversal com aplicação de um questionário a uma população aleatória de indivíduos saudáveis de ambos os sexos com idades compreendidas entre os 18 e os 29 anos ou com idade igual ou superior a 50 anos. Foram quantificados os hábitos tabágicos e alcoólicos, a ingestão diária de cálcio, a actividade física e dados de conhecimentos sobre osteoporose.
Resultados: Foram avaliados 301 indivíduos, 199 do sexo feminino e 102 do sexo masculino, que foram divididos em quatro grupos de acordo com o sexo e a idade.
Todos os indivíduos apresentavam consumo de cálcio abaixo dos níveis recomendados e, excepto para o grupo de indivíduos jovens do sexo masculino, prática de actividade física muito reduzida. Os hábitos tabágicos eram superiores nas jovens do sexo feminino e foram iniciados em idade precoce. Os hábitos alcoólicos foram superiores nos indivíduos do sexo masculino com mais de 49 anos, sendo a bebida predominante o vinho, enquanto os jovens preferiam a cerveja. As mulheres com idade superior a 49 anos, apresentavam ingestão de cálcio e prática de actividade física muito insuficientes.
Discussão: Foram identificados factores de risco para OP em grupos populacionais susceptíveis de desenvolver OP. As diferenças encontradas nos parâmetros avaliados, entre os sexos e os grupos etários, devem ser consideradas em campanhas de prevenção da doença, promovendo o aporte de cálcio, a prática de exercício e o combate ao consumo de tabaco.

Palavras-chave: Osteoporose; Factores de risco; Factores protectores; Inquérito epidemiológico.

ABSTRACT

Background: Physical activity, calcium intake, coffee, alcohol and tobacco consumption can influence OP risk. These factors can be modifiable and, in some cases, their control may contribute for the OP prevention.
Objectives: To identify and to evaluate associations between modifiable risk or protective factors of OP, age and sex in Portuguese healthy subjects. To assess the knowledge about osteoporosis in the studied population stratified by age and sex.
Methods: Cross-sectional study of randomly selected healthy subjects aged 18 to 29 years or more than 50 years. Information was obtained on demographic, clinical, lifestyle and behavioural characteristics using a standard protocol. Alcohol and tobacco consumption, calcium intake, physical activity and knowledge about osteoporosis were quantified.
Results: 301 subjects, 199 females and 102 males were evaluated. They have been separated in four groups stratified by sex and age. All the individuals presented calcium intake below the recommended levels and, except for the group of young males, physical activity was very low. Tobacco consumption was higher in the young female group and had been initiated earlier. Alcohol consumption was higher in male individuals with more than 49 years, being wine the predominant drink, while younger preferred beer. Women older than 49 years presented reduced calcium intake and physical activity.
Discussion: Risk factors for OP have been identified in age groups prone to develop OP. The differences found in the evaluated parameters between age and sex groups must be considered in campaigns for OP prevention, promoting calcium intake, physical activity and the fight against tobacco consumption.

Key-Words: Osteoporosis; Risk factors; Protective factors; Epidemiological survey.

AVALIAÇÃO DE HÁBITOS ALIMENTARES E ESTILOS DE VIDA NUMA POPULAÇÃO PORTUGUESA – FACTORES DE RISCO E DE PROTECÇÃO PARA A OSTEOPOROSE

Helena Canhão*, João Eurico Fonseca**, Mário Viana Queiroz***

Introdução

A osteoporose (OP) é uma patologia óssea sistémica caracterizada por diminuição da massa óssea total, acompanhada por alterações da microestrutura do osso, o que se traduz clinicamente por diminuição da resistência óssea e maior susceptibilidade a fracturas.[1,2]

Nos países mais desenvolvidos a OP atinge milhões de pessoas e tende a ser uma das principais causas de morbilidade e mortalidade, constituindo um grave problema de saúde pública.[3] As complicações associadas a esta patologia como as fracturas do punho, da coluna vertebral e do colo do fémur representam custos anuais muito elevados e tendem a aumentar exponencialmente com o incremento da esperança de vida. A ocorrência de fractura da anca aumenta em 15 a 25% a mortalidade do indivíduo durante o primeiro ano após a fractura e a maioria dos doentes torna-se dependente de terceiros. A identificação dos factores de risco[4-8] nas populações, poderá fornecer informações a utilizar em programas de promoção da saúde e contribuir para um controlo mais eficaz da doença.

O valor de massa óssea em determinado momento, depende do pico de massa óssea que o indivíduo conseguiu obter no início da idade adulta e da taxa de perda óssea posterior.[9]

O pico de massa óssea é atingido cerca dos 25 anos de idade e depende de factores genéticos não modificáveis (60 a 80%), de outros factores como doenças intercorrentes ou fármacos e ainda de factores modificáveis (20 a 40%) e directamente relacionados com hábitos e comportamentos como a ingestão láctea, exercício físico, tabagismo e álcool.[10]

A perda óssea posterior, resulta de um saldo negativo entre a formação e a reabsorção ósseas. Nas mulheres ocorre um período de perda acelerada na peri-menopausa que resulta da redução dos níveis de estrogéneos, que exercem um efeito inibidor da reabsorção óssea. Mas, quer nos homens quer nas mulheres, há uma perda progressiva, não só de osso trabecular, mas também de osso cortical, o qual acompanha o processo de envelhecimento. Factores como comorbilidades e terapêuticas efectuadas são relevantes, mas a contribuição de factores de risco modificáveis já referidos, como ingestão láctea, exercício físico, tabagismo e álcool, desempenham também um papel importante.

O conhecimento e informação, os receios e preocupações sobre um determinado tema podem condicionar ou modificar atitudes, estilos de vida e procura de cuidados médicos. Por outro lado, só conhecendo as expectativas e após avaliar os conhecimentos das populações pode fazer-se uma correcta adequação das campanhas de informação e das mensagens necessárias para o esclarecimento e indução de modificações de hábitos, comportamentos e estilos de vida.

Objectivos

Os objectivos do nosso trabalho foram:

a) identificar e caracterizar potenciais factores modificáveis de risco ou de protecção de osteoporose, em indivíduos portugueses, saudáveis, de ambos os sexos, jovens ou com idade igual ou su-

*Assistente Hospitalar de Reumatologia, Hospital de Santa Maria
Assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa.
Investigadora do Instituto de Medicina Molecular.
**Assistente Hospitalar de Reumatologia, Hospital de Santa Maria.
Professor Auxiliar da Faculdade de Medicina de Lisboa.
Coordenador da Unidade de Investigação em Reumatologia do Instituto de Medicina Molecular/Serviço de Reumatologia do Hospital de Santa Maria.
***Chefe de Serviço e Director do Serviço de Reumatologia, Hospital de Santa Maria. Professor Associado com Agregação da Faculdade de Medicina de Lisboa.

perior a 50 anos;

b) avaliar a relação entre o padrão desses factores, a idade e o sexo dos indivíduos;

c) avaliar os conhecimentos sobre osteoporose na população estudada e verificar se estes variavam com a idade e o sexo.

Material e Métodos

Foi efectuado um estudo transversal através da aplicação de um questionário,[11] para identificar e quantificar potenciais factores de risco de osteoporose.

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina de Lisboa e os entrevistados deram o seu consentimento informado. A população entrevistada era constituída por indivíduos saudáveis: estudantes universitários, pessoal de saúde não médico, indivíduos que recorreram ao serviço de urgência do Hospital de Santa Maria (HSM) com sintomas reumáticos agudos, utentes de consultas de rotina de ginecologia e de urologia que, de forma aleatória, foram inquiridos no HSM em Lisboa. Foram especificamente excluídos indivíduos com patologias que pudessem condicionar alteração de hábitos alimentares ou de actividade física, como por exemplo indivíduos diabéticos, insuficientes renais ou cardíacos, doentes com patologia reumática crónica, neurológica ou neoplásica.

Caracterizaram-se a idade, sexo, naturalidade e área de residência, peso e altura, história ginecológica e obstétrica na mulher, história prévia de fracturas, hábitos alcoólicos, tabágicos, café, nutricionais (produtos lácteos, vegetais, sal, proteínas, água), actividade física, história familiar de OP e de fracturas osteoporóticas, factores que aumentavam o risco de quedas, doenças actuais e anteriores, terapêutica actual e anterior.

Os dados foram introduzidos em base de dados do Microsoft Access e analisados nos programas Microsoft Excel e SPSS Manager. As variáveis quantitativas foram expressas em média e desvio-padrão e as nominais em frequências. As variáveis quantitativas, de acordo com a sua distribuição, foram avaliadas utilizando o teste *t* de student para amostras independentes ou o teste não paramétrico de Mann-Whitney, quando aplicável. As variáveis qualitativas foram comparadas utilizando o teste qui-quadrado (χ^2). Os resultados foram considerados estatisticamente significativos para $p<0,05$.

Resultados

Avaliaram-se 301 indivíduos, que foram distribuídos em 4 grupos: A - 88 do sexo feminino com idades compreendidas entre os 18 e os 29 anos; B - 43 do sexo masculino com idades compreendidas entre os 18 e os 29 anos; C - 110 do sexo feminino com idade igual ou superior a 50 anos; D - 60 do sexo masculino com idade igual ou superior a 50 anos (Quadro I).

A idade média para cada um dos grupos foi respectivamente de: A- 21,1±2,2 anos; B- 20,9±2,0 anos; C- 58,1±6,4 anos; D- 64,6±8,6 anos.

Todos os indivíduos eram portugueses e de raça branca. A naturalidade era muito variada com predomínio para a cidade de Lisboa (40%) mas sem predomínio de outras regiões e compreendiam concelhos do Norte (Bragança) ao Sul (Loulé) do país. A residência era predominantemente da área de Lisboa (60%) ou de concelhos da área da grande Lisboa e uma percentagem menor (20%) de ou-

Quadro I. Características demográficas da população

	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Grupo D
Grupo etário (anos)	18 - 29	18 - 29	>49	>49
Sexo	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino
Nº indivíduos	88	43	110	60
Idade (anos)	21,1±2,2	20,9±2,0	58,1±6,4	64,6±8,6

Quadro II. Características antropométricas da população

	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Grupo D
Peso (kg)	56,6±8,3 (46 a 80)	70,9±7,9 (57 a 92)	68,4±14,1 (48 a 115)	75,5±12,1 (55 a 110)
Altura (cm)	165,4±5,1 (150 a 183)	178,7±6,0 (170 a 194)	158,0±6,7 (142 a 175)	168,2±5,4 (158 a 180)
Índice de massa corporal (IMC) (kg/m^2)	20,6±2,5	22,1±2,26	27,2±4,8	26,6±3,4

Quadro III. Frequência e consumo de álcool. *p<0,05

	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Grupo D
Consumo regular de bebidas alcoólicas	6%	31,2%	8,9%	71,4%*
Bebida predominante	Cerveja	Cerveja	Vinho	Vinho
Álcool consumido por semana	37±35 g	112±33 g	185±69 g	405±99 g*

Quadro IV. Hábitos tabágicos

	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Grupo D
Fumador	15,4%	6,3%	5,4%	5,9%
Ex-fumador	0%	33%	57,1%	87,5%
Nº cigarros/dia	10±5,3	20	8,7±5,7	26,5±19
Duração hábitos tabágicos (anos)	4,4±1,9	7±1,4	34,7±5,7	35,5±3,5

tras regiões, sobretudo do sul de Portugal.

Foram avaliados o peso e altura e calculado o índice de massa corporal (IMC) (Quadro II).

As jovens do grupo A tinham idade média de 12,2±1,5 anos na data da menarca, enquanto as mulheres do grupo C referiam a ocorrência da menarca com uma idade média de 12,9±1,6 anos. 60% das jovens estavam medicadas com anticonceptivos orais e 50% das mulheres com mais de 50 anos afirmavam ter efectuado essa terapêutica. Na data da avaliação, 36% das mulheres do grupo C tinham efectuado ou estavam medicadas com terapêutica hormonal de substituição.

No grupo A, 6% das raparigas consumiam regularmente bebidas alcoólicas (Quadro III), todas cerveja (2,25±0,96 cervejas/semana), que equivaliam a 37±35 g de álcool/semana. No grupo B, 31,2% consumiam bebidas alcoólicas. Destes, 70% bebiam cerveja (6,5±3,4 cervejas/semana) ou 94±61 g de álcool/semana, 40% whisky (2,25±0,96 copos/semana) ou 45±19 g de álcool/semana, 10% vinho e 50% outras bebidas (vodka e martini). No grupo C, 8,9% das mulheres bebiam bebidas alcoólicas, todas vinho (1,2±0,4 copos/dia), o que equivalia a 185±69 g de álcool/semana. Uma delas afirmava consumir whisky. No grupo D, 71,4% dos homens bebiam bebidas alcoólicas. Destes, 96% bebiam vinho (2,04±1,1 copos/dia) o que representava 314±172g de álcool/semana, 36% cerveja (4,6±2,8 cervejas/semana) ou 75±45,9 g de álcool/semana, 24% whisky (2,1±1,7/semana) que representava 43±23 g de álcool/semana e 8% outras bebidas (bagaço e aguardente). No total o consumo semanal médio de bebidas alcoólicas era equivalente a 405±99 g de álcool. A frequência dos homens que bebiam de forma regular era significativamente (p<0,05) superior à das mulheres. Apesar da percentagem de mulheres com mais de 50 anos que bebiam regularmente ser inferior à dos jovens do sexo masculino, o seu consumo em termos de gramas de álcool era equivalente. O grupo dos indivíduos jovens do sexo feminino e o grupo dos indivíduos com idade superior a 50 anos do sexo masculino apresentavam, respectivamente e de forma significativa, consumo inferior e superior de álcool quando comparado com os outros grupos (p<0,05).

No grupo A, 15,4% eram fumadoras (nenhuma ex-fumadora) com um consumo de 10±5,3 cigarros/dia e uma duração de 4,4±1,9 anos (Quadro IV). No grupo B, 9,4% fumavam ou já tinham sido fumadores (33% destes eram ex-fumadores e actualmente fumavam 6,3% dos jovens do grupo B), o consumo médio era de 20 cigarros/dia e a duração de 7±1,4 anos; os ex-fumadores fumaram em média 10 cigarros/dia com duração de 2 anos. No grupo C, 12,5% fumavam ou já tinham fumado (57,1% eram ex-fumadoras, sendo actualmente 5,4% a percentagem de fumadoras no grupo); a média do consumo de tabaco das fumadoras era de 8,7±5,7 cigarros/dia e das ex-fumadoras de 23±17 cigarros/dia); a duração dos hábitos tabágicos era de 34,7±5,7 anos e as ex-fumadoras fumaram durante 13,5±15,6 anos. No grupo D, 45,7% fumavam ou já tinham fumado, mas destes 87,5% tinham entretanto suspendido os hábitos tabágicos; os 5,9% que ainda fumavam tinha um consumo de 26,5±19 cigarros/dia e o dos ex-fumadores era de 20,7±17 cigarros/dia; a duração dos hábitos dos fumadores era de 35,5±3,5 anos e dos ex-fumadores foi de 18,7±15 anos. A percentagem de fumadores activos era significativamente superior no grupo de raparigas jovens. Em ambos os grupos jovens, os hábitos tabágicos foram iniciados em idade precoce. Os indivíduos do sexo feminino fumavam cerca de

metade do número de cigarros por dia, quando comparados com os do sexo masculino. A maioria dos fumadores nos grupos acima de 50 anos tinha suspendido os hábitos tabágicos. O número de maços-ano, que integra o número de cigarros fumados por dia e a duração do tabagismo, foi de 2,7±2,1 para o grupo A, 5±3,6 para o grupo B, 22,2±20,8 para o grupo C e 25,6±20 para o grupo D.

A maioria dos indivíduos consumia café, 62,7% das mulheres jovens (1,8±0,6 cafés/dia), 53,3% dos homens jovens (2±1,7 cafés/dia), 73,2% das mulheres com mais de 49 anos (1,88±1 cafés/dia) e 74,3% dos homens com mais de 49 anos (2±1,8 cafés/dia).

Nas dietas ocidentais, as fontes predominantes de cálcio são os produtos lácteos e representam cerca de 75% do aporte diário.[12] No entanto, esta percentagem pode variar com a toma de suplementos químicos de cálcio e em casos de dieta vegetariana. No nosso inquérito esses items foram averiguados. Nenhum indivíduo referia efectuar uma dieta exclusiva vegetariana e a maioria afirmava ingerir uma dieta «tradicional» com um aporte equilibrado de proteínas e vegetais. Uma pequena percentagem (14%) de mulheres do grupo C afirmava efectuar suplementos de cálcio, mas a maioria de forma irregular. Por estes motivos calculámos o aporte de cálcio baseado na ingestão de produtos lácteos. No grupo A, 92,3% bebia leite, com um consumo de 1,9±0,9 copos de leite/dia; destas, apenas 5% bebia mais do que 3 copos de leite/dia. Ingeriam ainda 5,5±3,9 iogurtes/semana e 6,7±5,6 fatias de queijo/semana. As que não bebiam leite, consumiam outros produtos lácteos: 5±1,2 iogurtes/semana e 13,8±14,8 fatias de queijo/semana. Neste grupo a média de cálcio ingerido por dia em produtos lácteos era de 666±253 mg/dia, cerca de 55,5% das necessidades diárias de cálcio[13] (Quadro V). No grupo B, 87,5% bebia leite, com uma média de 2,3±1,3 copos/dia. Ingeriam ainda 4±3,4 iogurtes/semana e 9,5±13,3 fatias de queijo/semana. Dos que não bebiam leite, todos consumiam outros produtos lácteos: 4,2±3 iogurtes/semana e 4±0,8 fatias de queijo/semana. A média do total de aporte de cálcio era de 676±373 mg/dia, ou seja, cerca de 56,3% das necessidades diárias de cálcio para este grupo etário. No grupo C, 75,0% bebia leite com uma média de 1,9±0,9 copos/dia. Ingeriam também 4,6±3 iogurtes/semana e 4,6±3 fatias de queijo/semana. Das que não bebiam leite, a média de ingestão de iogurtes era de 3±4/semana e de 5,6±5,8 fatias de queijo. 14,3% não ingeria qualquer produto lácteo. A média de ingestão diária de cálcio era de 499±257 mg/dia (41,6% das necessidades diárias). No grupo D, 74,3% bebia leite com uma média de 1,8±1 copos de leite/dia, 1,5±2 iogurtes/semana e 4,7±3,2 fatias de queijo/semana. Dos que não bebiam leite, todos consumiam outros produtos lácteos com uma média de 1,2±2,9 iogurtes/semana e 6,2±4,2 fatias de queijo/semana. A ingestão diária de cálcio era de 417±241 mg/dia (cerca de 41,7% das necessidades diárias de cálcio). Não se detectaram diferenças significativas entre os grupos e, em todos, o aporte de cálcio em produtos lácteos era de cerca de metade das necessidades diárias.

As questões relativas à utilização de sal na alimentação e ao consumo de proteínas não foram objectivamente quantificadas. O indivíduo respondia de acordo com escala de Lickert se o consumo era baixo, moderado ou elevado. No grupo A, 3,1% referia fazer uma dieta com muito sal, 63,1% uma dieta normossalina e 33,8% com pouco sal. No grupo B, 9,4% tinha uma dieta com muito sal, 71,9% uma dieta normossalina e 18,8% com pouco sal. No grupo, C 53,6% utilizava uma dieta normossalina e 46,4% com pouco sal. No grupo D, 2,9% referia uma dieta com muito sal, 60,0% uma dieta normossalina e 37,1% com pouco sal.

As respostas em relação ao consumo de proteínas em cada grupo foram obtidas de forma idêntica às do consumo de sal. No grupo A, 15,4% cumpria uma dieta hiperproteica, 80,0% uma dieta normoproteica e 4,6% hipoproteica. No grupo B, 12,5% tinha uma dieta hiperproteica, 84,4% uma dieta normoproteica e 3,1% hipoproteica. No grupo C, 1,8% dizia ter uma dieta hiperproteica, 85,7% uma dieta normoproteica e 12,5% hipoproteica. No grupo D, 2,9% referenciava uma dieta hiperproteica,

Quadro V. Aporte de cálcio

	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Grupo D
Aporte de cálcio em produtos lácteos (mg/dia)	666±253	676±373	499±257	417±241
Cálcio ingerido/ necessidades diárias Ca (%)	55,5	56,3	41,6	41,7

Quadro VI. Actividade física. *p<0,05

	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Grupo D
Prática regular de actividade física (%)	35,4%	56,3%	5,4% *	14,3%
Actividade física (horas/semana)	3,5±3,2	7±3,5	2,7±0,6	2,8±1,8

Quadro VII. Conhecimentos e preocupações sobre osteoporose

	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Grupo D
«Já ouviu falar de osteoporose?»	99%	100%	98%	97%
«Já consultou médico por osteoporose?»	0%	0%	26%	9%
«Preocupa-o vir a sofrer de OP?»	moderado	ligeiro	alto	moderado
Fez densitometria?	1%	1%	55%	9%
Terapêutica para osteoporose	0%	0%	22%	6%

94,3% uma dieta normoproteica e 2,9% hipoproteica.

No grupo A, 35,4% afirmava que praticava regularmente actividade física (Quadro VI) com uma média de 3,5±3,2 horas/semana, 46,2% tinha vida activa (mas não efectuava exercício físico para além do dispendido nas actividades de vida diária e no desempenho da profissão) e 18,5% era sedentária. No grupo B, 56,3% praticava regularmente actividade física com uma média de 7±3,5 horas/semana, 31,3% tinha uma vida activa e 12,5% era sedentária. No grupo C, 5,4% praticava regularmente actividade física com uma média de 2,7±0,6 horas/semana, 53,6% tinha uma vida activa e 41,1% era sedentária. No grupo D, 14,3% praticava regularmente actividade física com uma média de 2,8±1,8 horas/semana, 54,3% tinha uma vida activa e 31,4% era sedentária. As mulheres do grupo C praticavam de forma significativa menos actividade física do que os outros indivíduos.

As respostas às questões sobre conhecimentos de osteoporose (Quadro VII) revelaram que 99% das mulheres jovens, 100% dos homens jovens, 98% das mulheres com mais de 50 anos e 97% dos homens com mais de 50 anos «já tinham ouvido falar de osteoporose». Nenhum dos adultos jovens (grupos A e B) tinha alguma vez consultado um médico devido a problemas relacionados com osteoporose, enquanto nos grupos de indivíduos com mais de 50 anos de idade, 26% das mulheres e 9% dos homens, procuraram um médico devido a OP. Outra questão abordada foi «preocupa-o vir a sofrer de OP?». O nível de preocupação era alto no grupo C, moderado nos grupos A e D e ligeiro no grupo B (escala de Lickert). Um por cento das mulheres e dos homens jovens e 9% dos homens com mais de 50 anos tinham feito pelo menos uma densitometria, ao contrário do grupo C, em que 55% das mulheres com mais de 50 anos fizeram pelo menos uma densitometria. 22% do grupo C, 6% do grupo D e nenhum dos indivíduos dos grupos A e B estavam medicados com terapêutica específica para osteoporose (cálcio, vitamina D, calcitonina ou bifosfonato). 36% das mulheres do grupo C tinham efectuado ou estavam actualmente medicadas com terapêutica hormonal de substituição.

Discussão

Na literatura médica estão descritos vários factores de risco de osteoporose. Alguns como o sexo, a raça e a história familiar são imutáveis, mas outros como a ingestão láctea e a actividade física são modificáveis e podem nalguns casos contribuir para a prevenção da OP. Com o nosso trabalho pretendemos conhecer e caracterizar alguns hábitos e comportamentos relevantes para a prevenção da OP de portugueses aparentemente saudáveis (sem doença significativa conhecida). Para isso elaborámos um questionário que aplicámos a 301 indivíduos de ambos os sexos. As suas idades estavam compreendidas numa faixa etária correspondente ao pico de massa óssea (entre os 18 e os 29 anos) ou com idade igual ou superior a 50 anos, altura em que se inicia o período de perda óssea mais acelerada.

No nosso estudo verificámos que a população jovem era mais alta e menos pesada do que os indivíduos mais velhos. O IMC apresentava os valores mais elevados no grupo de mulheres com idade superior a 49 anos.

A idade da menarca, ainda que menor nas jo-

vens, não apresentava diferenças significativas relativamente ao grupo com idade igual ou superior a 50 anos e os anticonceptivos orais eram utilizados pela maioria das mulheres.

Quanto aos hábitos alcoólicos verificou-se um aumento da frequência com a idade, particularmente no sexo masculino. O padrão de consumo estava mais dependente da idade do que do sexo, com os jovens a preferirem a cerveja e os mais velhos a consumir vinho. A frequência do consumo regular de bebidas alcoólicas nos homens com mais de 50 anos foi muito elevada (71,4%).

Em relação aos hábitos tabágicos, e ao contrário dos hábitos alcoólicos, a frequência das jovens fumadoras foi superior à do sexo masculino. A maioria dos homens mais velhos tinha suspendido o tabagismo. No momento da avaliação, o grupo com maior frequência de fumadores activos era o das raparigas e os hábitos tabágicos foram iniciados precocemente, em ambos os sexos.

O consumo de café era frequente, aumentou de frequência com a idade, com uma média de consumo de 2 cafés por dia. O grupo de jovens do sexo masculino foi o que apresentou a frequência mais baixa.

A frequência da ingestão de produtos lácteos (que representa cerca de 75% do aporte diário de cálcio) era elevada em todos os grupos, sendo superior nos grupos jovens, independentemente do sexo. Mas a quantidade de cálcio ingerido era, para todos os grupos, muito inferior às necessidades diárias de cálcio para a classe etária respectiva[13], atingindo apenas 40 a 50% dessas necessidades. A quantificação da ingestão de cálcio é por isso muito importante, pois frequentemente os indivíduos referem que ingerem leite e outros produtos lácteos, mas apenas a sua quantificação permite avaliar se o aporte é o adequado.

O grupo jovem do sexo masculino era o único no qual a maioria dos indivíduos praticava actividade física para além do esforço dispendido nas actividades de vida diária e profissionais. Os hábitos de vida de tipo sedentário eram superiores no grupo mais velho. As mulheres acima dos 49 anos, que constituíam o grupo com maior risco de desenvolver OP, eram as que menos praticavam actividades físicas. Resultados semelhantes foram registados em estudos efectuados em mulheres pós-menopáusicas em diversas populações (australiana,[14] sul-americana[15], norte-americanas[12,16]) nomeadamente uma baixa ingestão de produtos lácteos, nalguns casos substituída por ingestão de café, e actividade física inadequada.

Constatámos também que apesar do conhecimento generalizado sobre OP, apenas uma minoria de indivíduos recorreu a consulta médica especificamente devido a esta doença. Registámos uma diferença significativa no número de densitometrias efectuadas a mulheres e homens com idade superior a 49 anos, com mais de metade das mulheres a terem efectuado pelo menos um exame. As mulheres revelaram maior preocupação do que os homens relativamente a poderem vir a sofrer de OP e o grau de preocupação aumentou com a idade, mas nenhum destes factos conduziu a mudança de comportamentos, nomeadamente não ingeriam mais produtos lácteos e não aumentaram a actividade física. Pelo contrário, os jovens do sexo masculino que demonstraram menos preocupação com OP, praticavam mais actividade física, bebiam menos café e fumavam com menor frequência quando comparados com outros grupos. Mas, apesar de com menor frequência do que os homens mais velhos, bebiam significativamente mais álcool do que as raparigas. As diferenças encontradas nos parâmetros avaliados, entre os sexos e os grupos etários, deve ser considerada em campanhas de prevenção da doença, que deveriam promover o consumo de cálcio, a prática de exercício e o combate ao consumo de tabaco.

Em resumo, e como foi apresentado anteriormente, registaram-se algumas diferenças entre os sexos e os grupos etários em hábitos associados a factores de risco de osteoporose. Porque são modificáveis, são facilmente influenciáveis pela educação, moda e cultura do meio onde o indivíduo está inserido. Nesta doença como em muitas outras, o alerta e os conhecimentos gerais da população são o primeiro passo para o sucesso da sua prevenção e tratamento. As campanhas de prevenção só têm sucesso se forem adequadas e dirigidas e, para isso, é fundamental o estudo e conhecimento dos hábitos e padrões de comportamento das populações alvo.

Agradecimentos

Este trabalho foi financiado por uma Bolsa de Investigação da Comissão de Fomento de Investigação em Cuidados de Saúde do Ministério da Saúde.

Endereço para correspondência:
Dra Helena Canhão
Serviço de Reumatologia,
Hospital de Santa Maria
Av. Egas Moniz, 1600 Lisboa
e-mail: helenacanhao@netcabo.pt

Referências

1. Consensus Development Conference. Diagnosis, prophylaxis and treatment of osteoporosis. Am J Med 1993; 94: 646-650.
2. Osteoporosis prevention, diagnosis and therapy. NIH Consensus Development Panel on Osteoporosis Prevention, Diagnosis, and Therapy. JAMA 2001; 285: 785-795.
3. Canhao H, Fonseca JE, Queiroz MV. Epidemiologia da osteoporose, mecanismos de remodelação óssea e factores protectores do osso. Acta Reum Port 2005; 30: 225-240.
4. Seeman E, Hopper JL, Bach LA. Reduced bone mass in daughters of women with osteoporosis. N Engl J Med 1989; 320: 554-558.
5. Liel Y, Edwards J, Shary J, Spicer KM, Gordon L, Bell NH. The effects of race and body habitus in bone mineral density of the radius, hip and spine, in premenopausal women. J Clin Endocrinol Metab 1988; 66: 1247-1250.
6. Sambrook PN, Dequeker J, Rasp HH. Osteoporosis. In Rheumatology. Edited by Klippel JH and Dieppe PA. London. 2nd ed. 1998.
7. Compston JE, Rosen CJ. Physiopathology. In Osteoporosis. Edited by Compston JE, Rosen CJ. Oxford. Health Press. 2nd Ed. 1999.
8. Pereira Silva JA, Costa Dias F, Fonseca JE, Canhao H, Resende C, Viana Queiroz M. Low bone mineral density in professional scuba divers. Clin Rheumatol 2004; 23: 19-20.
9. Compston JE, Rosen CJ. Introduction. In Osteoporosis. Edited by Compston JE, Rosen CJ. Oxford. Health Press. 2nd Ed. 1999.
10. Canhao H, Fonseca JE, Queiroz MV. Diagnóstico e tratamento da osteoporose na idade pediátrica. Acta Med Port 2004; 17: 385-390.
11. Canhao H, Fonseca JE, Queiroz MV. Questionário para identificação de factores de risco de osteoporose. Acta Reum Port 2004; 29: 63-69.
12. Terrio K, Auld GW. Osteoporosis knowledge, calcium intake, and weight-bearing physical activity in three age groups of women. J Community Health 2002; 27: 307-320.
13. NIH. Consensus Conference Development on Optimal Calcium Intake. JAMA 1994; 272: 1942-1948.
14. Liew YL, Mann D, Piterman L. Osteoporosis risks. A comparative study of Asian Australian and Caucasian Australian women. Aust Fam Physician 2002;31:291--293.
15. Hernandez-Rauda R, Martinez-Garcia S. Osteoporosis-related life habits and knowledge about osteoporosis among women in El Salvador: a cross-sectional study. BMC Musculoskelet Disord 2004; 5: 29-43.
16. Geller SE, Derman R. Knowledge, beliefs, and risk factors for osteoporosis among African-American and Hispanic women. J Natl Med Assoc 2001; 93: 13-21.

7th European Congress on Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis

Portugal, Porto
28-31 de Março de 2007

Limite de Envio de Resumos:
15 de Janeiro de 2007

34th European Symposium on Calcified Tissues

Dinamarca, Copenhaga
5-9 de Maio de 2007